

All.D

Progetto

Carcere e droghe: un modello formativo per buone pratiche di accoglienza

**Linee d'indirizzo e raccomandazioni
per un modello innovativo di intervento e formazione**

FORUM DROGHE - Associazione No Profit

Tel/Fax . +39 055 6587433 - email segreteria@forumdroghe.it - [t- formazione@fuoriluogo.it](mailto:formazione@fuoriluogo.it)

C.F. 97118590583 – P. IVA 06196441007

Sede Operativa: Via San Salvi, 12 palazzina 31 50135 - Firenze Italia

Sede Legale: c/o CRS Via Nazionale, 75 00184 Roma Italia

www.fuoriluogo.it

1) Salute in carcere e dipendenze: per un approccio critico ai paradigmi di riferimento

Temi chiave di riflessione:

1a) L'approccio ecologico alla salute in carcere

E' quanto raccomandato dalla OMS, in particolare in un ampio documento del 2007¹, che detta le linee guida per la tutela della salute in carcere. Approccio ecologico, o approccio globale, significa tenere in considerazione la componente ambientale della condizione di vita carceraria, quale fattore di rischio ma anche punto forza per la salute, in una prospettiva preventiva/proattiva.

Focus sull'innovazione

Per tale ragione, la condizione carceraria richiede con ancora maggiore urgenza un approccio globale alla salute in carcere, a partire da una accurata ricognizione dei bisogni di salute (e non solo dei bisogni di servizi sanitari) della popolazione carceraria, col coinvolgimento dei detenuti stessi e delle associazioni di volontariato che operano nel carcere. In questa ricognizione, sono centrali le variabili ambientali della salute, ponendo attenzione agli aspetti del regime carcerario e della quotidianità dentro il carcere.

Non a caso, la OMS sottolinea come condizioni di rischio comuni nelle prigioni il bullismo, il mobbing, la noia. Si raccomanda perciò di perseguire l'obiettivo di un carcere "sicuro", sia sotto l'aspetto igienico sanitario che della sicurezza intesa come protezione dalla violenza e dal sopruso. Il rispetto dei diritti umani, insieme a condizioni accettabili di vita carceraria, costituiscono le fondamenta della promozione della salute poiché abbracciano tutti gli aspetti della vita del detenuto.

La scelta dell'approccio globale alla salute permette di inquadrare sotto diversa luce e di rafforzare aspetti, quali il trattamento e la riabilitazione del detenuto: questi diventano elementi essenziali del diritto alla salute, che si presenta dunque come il diritto basilare, su cui poggiano tutti gli altri. Allo stesso modo, acquistano rilievo i bisogni relazionali dei detenuti, tanto che i contatti col mondo esterno e il mantenimento dei rapporti familiari sono oggetto di raccomandazioni specifiche da parte delle istituzioni europee.

(dal documento del Comitato Nazionale di Bioetica del settembre 2012 "La salute dentro le mura")

1b) Salute in carcere, contro la settorializzazione degli interventi e delle competenze

La scelta dell'approccio ecologico alla salute, dando il dovuto rilievo alle componenti ambientali secondo il modello del "individuo nel contesto", ha delle conseguenze importanti sul piano dei modelli operativi e della formazione degli operatori. Se l'obiettivo del sistema è proteggere/incrementare la salute dei detenuti e non solo fornire servizi sanitari, ne risulta che vengono in primo piano tutti gli interventi che incidono sulla vita quotidiana degli stessi, cercando in primo luogo di alleviare lo stress della detenzione. Sono interventi di tipo "comunitario" che cercano in primo luogo di attivare i detenuti nella programmazione stessa delle attività.

In questa prospettiva, non serve, anzi è controproducente la settorializzazione delle competenze, ma c'è bisogno di una vera integrazione fra operatori del settore giustizia/carcere e operatori del settore salute, dipendenti dal SSN. Allo stesso modo, il livello specialistico delle prestazioni sanitarie

¹ Who Regional Office for Europe, *Health in prisons*, 2007

offerte dovrebbe avere un ruolo di secondo piano rispetto allo sviluppo di interventi “comunitari” di base. Si veda ad esempio il modello di intervento sulla salute mentale, raccomandato dalla OMS:

Focus sull'innovazione

Che cosa assicura una buona salute mentale in carcere? La ricerca sui bisogni dei detenuti ha dato una risposta a questa domanda, poiché studi condotti in differenti regimi di carcere e in differenti paesi hanno mostrato una coerenza nei bisogni rilevati. Questi sono, in ordine di importanza:

- *Al primo posto, un'assistenza affidabile e tangibile fornita da persone, servizi, ambienti che facilitano l'auto promozione e il miglioramento di sé. Lo sviluppo personale e il rispetto da parte degli altri sono della massima importanza per i detenuti.*
- *Al secondo posto, il bisogno di essere amati, apprezzati e di essere oggetto di cura: un desiderio di relazioni intime che offrano sostegno emotivo ed empatia*
- *Al terzo posto, il bisogno di attività e distrazioni: il bisogno di massimizzare le opportunità di avere un'occupazione e riempire il tempo*

(dal documento OMS “Salute in carcere”, 2007, p.136)

Focus sulle buone pratiche

Ci sono esperienze- pilota interessanti (a Bollate-Milano e a Sollicciano-Firenze), di creazione di sportelli salute in cui le informazioni ai detenuti e il rapporto con i servizi sanitari sono gestiti con un forte ruolo dei detenuti stessi: il facile accesso a colloqui con gli psicologi e in generale alle prestazioni sanitarie di base, sono importanti elementi protettivi; così come lo è un clima relazionale favorevole, dove la persona detenuta abbia la possibilità di avere relazioni di supporto da parte di tutto il personale con cui è quotidianamente in contatto. Il ruolo degli sportelli salute dovrebbe però essere ampliato in modo che il detenuto/la detenuta abbiano a disposizione una tempestiva e continua informazione sulla propria situazione giudiziaria; siano collegati con la famiglia e con altre persone significative fuori dal carcere.

E' evidente che questo tipo di sportelli necessitano una sinergia fra i diversi tipi di operatori e di competenze presenti nel carcere. Anziché irrigidirsi negli steccati professionali, gli operatori lavorano per “cedere” competenze agli operatori altri e ai detenuti stessi: è questo un esempio di intervento nell'ottica di comunità.

Focus su un programma regionale di promozione della salute globale

- *pretendere dall'Amministrazione Penitenziaria il rispetto dell'Ordinamento Penitenziario e l'applicazione integrale del Regolamento di attuazione e che sia assicurata una qualità e quantità di cibo adeguata, in particolare garantendo pasti caldi a orari civili;*
- *rendere più affidabile la rilevazione dello stato di tossicodipendenza, facendo prevalere la valutazione clinica degli operatori, basata sull'intera storia di vita delle persone, rispetto a procedure standardizzate (ICD-IX-CM), usate allo scopo di distinguere tra assuntori di sostanze senza dipendenza e detenuti con dipendenza con possibili ripercussioni restrittive a fini della concessione di misure alternative. In Toscana ben 1137 (27,41%) detenuti sono tossicodipendenti;*
- *prevedere il diritto del detenuto a essere seguito dal medico di fiducia;*

- predisporre un piano di riduzione del danno per i tossicodipendenti garantendo un trattamento metadonico a mantenimento per evitare il rischio di overdose all'uscita dal carcere;
- rafforzare progetti che garantiscano la continuità terapeutica all'uscita dal carcere;
- rendere effettiva la cartella sanitaria informatizzata;
- garantire le cure odontoiatriche e le protesi;
- favorire l'apertura di sportelli salute coinvolgendo detenuti con funzioni di "pari" per l'informazione sui servizi e sull'educazione sull'uso dei farmaci e sull'opportunità dei test;
- garantire visite e cure attraverso un canale di prenotazioni efficace;
- predisporre un Piano straordinario di applicazione delle misure alternative, a cominciare dalla detenzione domiciliare, con il coinvolgimento dei Comuni e della rete del volontariato.

(dalla Relazione annuale del Garante dei Detenuti della Toscana, maggio 2014)

1c) Salute in carcere: tossicodipendenza e HIV

Le dipendenze sono passate al Servizio Sanitario Nazionale nel 2002, in anticipo rispetto al passaggio delle competenze generali, come area pilota della riforma sanitaria in carcere. Ciò ha comportato miglioramenti in alcune fasi critiche della gestione della tossicodipendenza in carcere: ad esempio, è oggi intervento comune il trattamento delle crisi astinenziali cui possono andare incontro i consumatori di oppiacei.

Nondimeno, rimangono criticità, alcune delle quali già segnalate nelle pagine precedenti.

Per riassumere:

- *Un persistente squilibrio fra i trattamenti di metadone a mantenimento fuori e dentro il carcere. L'Osservatorio Europeo sulle droghe e la tossicodipendenza (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction) lamenta il ritardo nell'adeguamento dei trattamenti in carcere agli standard dei servizi fuori dal carcere (circa 8/9 anni di divario).*
- *L'Osservatorio Europeo analizza nei vari paesi europei la copertura dei programmi metadonici in carcere, ossia la percentuale di persone che ricevono il trattamento sul totale di coloro che si stima ne avrebbero bisogno: l'Italia è inserita nella categoria "a copertura limitata", stimando che siano trattate con metadone meno della metà delle persone che potrebbero beneficiarne².*
- *Una insufficiente attenzione alla prevenzione delle overdose per coloro che escono dal carcere. Questa carenza è in rapporto anche alla insufficiente copertura metadonica e alla difficoltà di mantenere la continuità della cura "dentro-fuori" il carcere.*
- *Quanto i servizi dipendenze lavorano in maniera "proattiva"? E' la riflessione conseguente all'osservazione circa il fatto che sono i detenuti più che i servizi ad attivarsi per iniziare il percorso per ottenere programmi terapeutici alternativi. Quanto i servizi svolgono opera di programmazione degli interventi, a partire da una ricognizione dell'uso di droga in carcere e della presenza di soggetti assuntori?*

² EMCDDA (2012), *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*, Selected Issue, pp.22-23

Focus sulle indicazioni internazionali

Trattamenti per le dipendenze e prevenzione HIV: raccomandazioni

- *Le autorità carcerarie dovrebbero rendere accessibile ai detenuti una gamma di programmi scientificamente validati, dalla disintossicazione, ai programmi con sostitutivi a mantenimento, ai programmi psicosociali. Questi dovrebbero essere organizzati in maniera tale che il detenuto possa passare dall'uno all'altro, a seconda dei bisogni e delle scelte.*
- *Per pianificare gli interventi in modo appropriato, occorre avere un quadro dell'uso di droga e della dipendenza in carcere.*
- *Va sviluppata una gamma di servizi trattamentali e di riduzione del danno. Se pianificati con cura e dotati di adeguate risorse, questi servizi possono avere un impatto positivo nel ridurre i danni alla salute e il crimine associato all'uso di droga.*
- *Va sviluppata una gamma di servizi trattamentali e di riduzione del danno. Se pianificati con cura e dotati di adeguate risorse, questi servizi possono avere un impatto positivo nel ridurre i danni alla salute e il crimine associato all'uso di droga.*
- *La disponibilità di siringhe pulite in carcere è necessaria per evitare i rischi legati all'utilizzo promiscuo del materiale per iniettarsi la droga. Questi programmi devono essere adeguatamente preparati, ivi compresa l'informazione e il training per le guardie carcerarie. La modalità di distribuzione delle siringhe (ad esempio, a persona o tramite macchine distributrici) dovrebbe essere scelta a seconda degli ambienti e dei bisogni.*
- *C'è bisogno anche di altre misure di riduzione del danno per prevenire malattie per via ematica e overdose (come programmi di informazione e distribuzione di naloxone)*
- *A tutti di detenuti con problemi di dipendenza dovrebbero essere offerti trattamenti evidence based, con un mix appropriato di programmi con sostitutivi, psicosociali, di auto aiuto.*

(da International Drug Policy Consortium, Policy Guide 2012, www.idpc.net)

Focus sulle evidenze scientifiche

L'alta prevalenza di infezione da Hiv e di tossicodipendenza fra i detenuti, insieme all'uso promiscuo di materiale per iniezione, fa sì che i penitenziari siano un ambiente ad alto rischio per la trasmissione di Hiv. In ultima istanza, ciò contribuisce all'epidemia di Hiv nella comunità territoriale in cui i detenuti ritornano dopo il loro rilascio. E' stata effettuata una revisione dell'efficacia degli interventi per ridurre i comportamenti a rischio relativi all'uso di droga per via iniettiva e la conseguente trasmissione del virus Hiv in carcere. Molti studi riportano alti tassi di uso iniettivo di droga in carcere e la trasmissione di Hiv è documentata. Ci sono crescenti evidenze di ciò che il sistema penitenziario può fare per prevenire la trasmissione di Hiv correlata al consumo iniettivo di droga. In particolare, i programmi di distribuzione di aghi e siringhe e di terapie con oppiacei sostitutivi si sono dimostrati efficaci nel ridurre i comportamenti a rischio Hiv in un' ampia gamma di ambienti carcerari, senza che siano emerse conseguenze negative per la salute del personale carcerario o dei detenuti. L'introduzione di questi programmi nei paesi dove già esiste o sta emergendo l'epidemia di infezione Hiv fra i consumatori per via iniettiva è dunque giustificata: essi dovrebbero far parte di programmi comprensivi per rispondere al problema Hiv in carcere.

(da Ralf Jurgens, Andrew Ball, Annette Verster, Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison, *The Lancet*, vol.9, January 2009, pp.57-66, Abstract)

FORUM DROGHE - Associazione No Profit

Tel/Fax . +39 055 6587433 - email segreteria@forumdroghe.it - t- formazione@fuoriluogo.it

C.F. 97118590583 - P. IVA 06196441007

Sede Operativa: Via San Salvi, 12 palazzina 31 50135 - Firenze Italia

Sede Legale: c/o CRS Via Nazionale, 75 00184 Roma Italia

www.fuoriluogo.it

2) Terapie alternative al carcere per tossicodipendenti: un inquadramento storico

TemI chiave di riflessione:

2a) Carcere: dal paradigma riabilitativo a quello securitario

La comprensione dell'evoluzione del ruolo della pena e del carcere e del suo rapporto con l'organizzazione sociale è fondamentale per inquadrare lo specifico delle alternative terapeutiche per tossicodipendenti.

Questioni e domande:

- Dall'enfasi sul carcere della riabilitazione alla "detenzione sociale" del modello securitario
- Vantaggi e limiti del modello correzionale/riabilitativo: pene alternative per chi e a quali condizioni?
- Al cuore del paradigma securitario: il carcere come risposta ai soggetti "pericolosi" in quanto tali (più che alle azioni criminose e alla loro gravità)
- Dall'atrofia dello Stato sociale all'ipertrofia dello Stato Penale

2b) Ascesa e crisi del modello "curare anziché punire"

Nel pieno della stagione dell'enfasi sul carcere come riabilitazione e sulle pene alternative come strumento di reinserimento sociale, lo sviluppo delle alternative terapeutiche per tossicodipendenti si appoggia al paradigma del consumo/dipendenza come "malattia". A questo si ispirano le politiche della droga cosiddette "miti", che cercano di limitare il campo del penale a vantaggio del sociale.

Questioni e domande:

- Modello "malattia" e "medicalizzazione della devianza": vantaggi e svantaggi
- Dalla legge Jervolino Vassalli alla Fini Giovanardi: il modello "malattia" dentro il carcere della "riabilitazione" e dentro il carcere "securitario"

Focus sul modello malattia

Salute/malattia, le ambiguità di un approccio "farmacocentrico"

Negli anni novanta e nei primi duemila, il paradigma di tutela della salute ha costituito la risposta europea "mite" (le mild policies) alla war on drugs, anche se questa rimaneva l'indirizzo sostanzialmente incontrastato a livello internazionale.

Il paradigma salute assecondava una tradizione umanitaria, di contenimento dell'approccio penale e di sviluppo dell'approccio sociale, che aveva in Europa una lunga tradizione: una linea che si potrebbe definire "non-punizionista", che aveva il pregio di non infierire sull'anello più debole della catena, il consumatore, facendo salvo l'impianto complessivo del sistema basato sulla proibizione.

Tuttavia, i successi del paradigma salute si intrecciano coi suoi stessi limiti. Il primo di questi risiede nell'ambiguità del paradigma stesso. Come sostiene il sociologo Franz Trautmann, "dal modello salute al modello malattia c'è solo un piccolo passo". Così il problema di governare l'impatto delle droghe sulla salute pubblica si muta nella questione tossicodipendenza. Il passo diventa quasi obbligato quando l'argomento della salute è usato per alleviare la condanna morale/penale verso l'uso di droga. Alla rappresentazione del consumatore colpevole e punibile

(per un comportamento immorale) si sostituisce quella del tossicodipendente “schiavo della droga”: da curare, invece che punire. In altri termini, il viraggio “dalla salute alla malattia” va di pari passo col ben noto processo di patologizzazione della devianza. Al recedere dell’approccio penale corrisponde l’indebolimento della responsabilità del soggetto: la non imputabilità morale/penale del consumatore può avvenire solo a prezzo della irresponsabilità/incapacitazione dello stesso³. Dunque il prezzo che il consumatore paga per la non punizione del suo comportamento è alto: i soggetti diagnosticati come dipendenti sono considerati (e diventano) “impotenti” (disempowered) rispetto alla gestione della propria vita, molto più degli utenti del sistema sanitario in trattamento per altri disturbi⁴.

Paradossalmente, ma non tanto, il successo trasversale del paradigma “malattia” si è basato sulla capacità di conciliare l’alleggerimento dell’impatto penale, in una prospettiva umanitaria, e il rafforzamento dell’immagine delle sostanze illegali come pericolose e incontrollabili, in una prospettiva proibizionista. La conseguenza indesiderata più grave riguarda proprio l’appiattimento di tutti i modelli di consumo delle droghe sulla malattia della dipendenza, con un’enfasi sulle componenti chimiche “additive” delle sostanze illegali e una sostanziale trascuratezza dei fattori psicosociali che danno conto dell’uso non additivo delle sostanze psicoattive (peraltro assai più esteso di quello additivo). I cosiddetti “controlli” sociali sono evidenti a tutti per le sostanze legali come l’alcol, pur ad alto rischio farmacologico, mentre sono di per sé più opachi per le droghe illegali, proprio in virtù della loro illegalità. Il modello malattia, con la sua enfasi “farmacocentrica”, rafforza questa opacità, a sua volta riconfermando il farmacocentrismo in una spirale autoreferenziale. In sintesi, il paradigma malattia ignora i processi di regolazione sociale dei consumi, focalizzando sull’interazione agente chimico/individuo. In tal modo, esso rafforza la proibizione con una doppia mossa: sia perché asseconda l’immagine delle sostanze illegali come “incontrollabili”, sia perché rimanda alla regolazione legale/penale (quale unica risorsa di tutela dell’individuo e della società), proprio in virtù dell’oscuramento della regolazione sociale.

Peraltro, il processo di “deresponsabilizzazione” del consumatore/tossicodipendente ha come ulteriore ricaduta la più forte accentuazione della responsabilità dello spacciatore, comunemente dipinto come criminale colpevole di indurre alla droga il consumatore “vittima”. Tutto ciò non implica solo la demonizzazione dei comportamenti legati alla droga, in conformità all’ideologia del Male Droga (e al di fuori di ogni rapporto con la realtà); ma anche un riflesso diretto sulla normativa. A riprova, si guardi alle pene per il reato di spaccio, tuttora alte in pressoché tutti i paesi europei. Con gravi risvolti di ingiustizia sociale: si pensi al fenomeno delle giovani donne “corriere della droga” dal Sud America, che vengono in Europa lasciando a casa figli e famiglia in povertà assoluta: se catturate, sono condannate in molti paesi a pene elevate⁵.

*(da G.Zuffa, Le droghe come questione penale: verso un cambio di paradigma?, in *Democrazia e Diritto*, Franco Angeli, in corso di pubblicazione)*

³ Cfr. T. Pitch (1989), *Responsabilità limitate. Attori, conflitti, giustizia penale*, Feltrinelli, Milano. Sul tema specifico delle droghe, cfr. anche G. Zuffa (2000, 2001), *I drogati e gli altri*, Sellerio editore, Palermo; S. Ronconi, G. Zuffa (1996), “La legge sulla droga fra criminalizzazione e medicalizzazione”, *Democrazia e Diritto*, 1, pp.181-191

⁴ Cfr. P. Cohen (2010), in G. Zuffa (a cura di), *Cocaina, il consumo controllato*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, pp. 221-245.

⁵ Cfr. A. Klein (2006), “Storia di Juliana, sei figli e una vita rubata”, *Fuoriluogo*, n.11, novembre, p.III

3) Terapie alternative al carcere: le criticità di oggi

TemI chiave di riflessione

3a) Dentro i numeri e i modelli

Con il passaggio alla legge del 2006, le terapie alternative al carcere sono riformulate entro il paradigma securitario. Nonostante sia innalzata la soglia di pena per accedere alle alternative terapeutiche, queste sono rese più difficili dai vincoli più stringenti per la diagnosi di dipendenza, per la predisposizione dei programmi, per l'ottenimento dell'alternativa in regime di libertà, per il divieto di accedere alle alternative per più di due volte. Non solo si registra un crollo nei numeri, ma anche un'inversione di tendenza: sono più le persone che vanno in alternativa terapeutica provenienti dal carcere che dalla libertà. Per questa via, ritorna, anche per le alternative, la centralità del carcere.

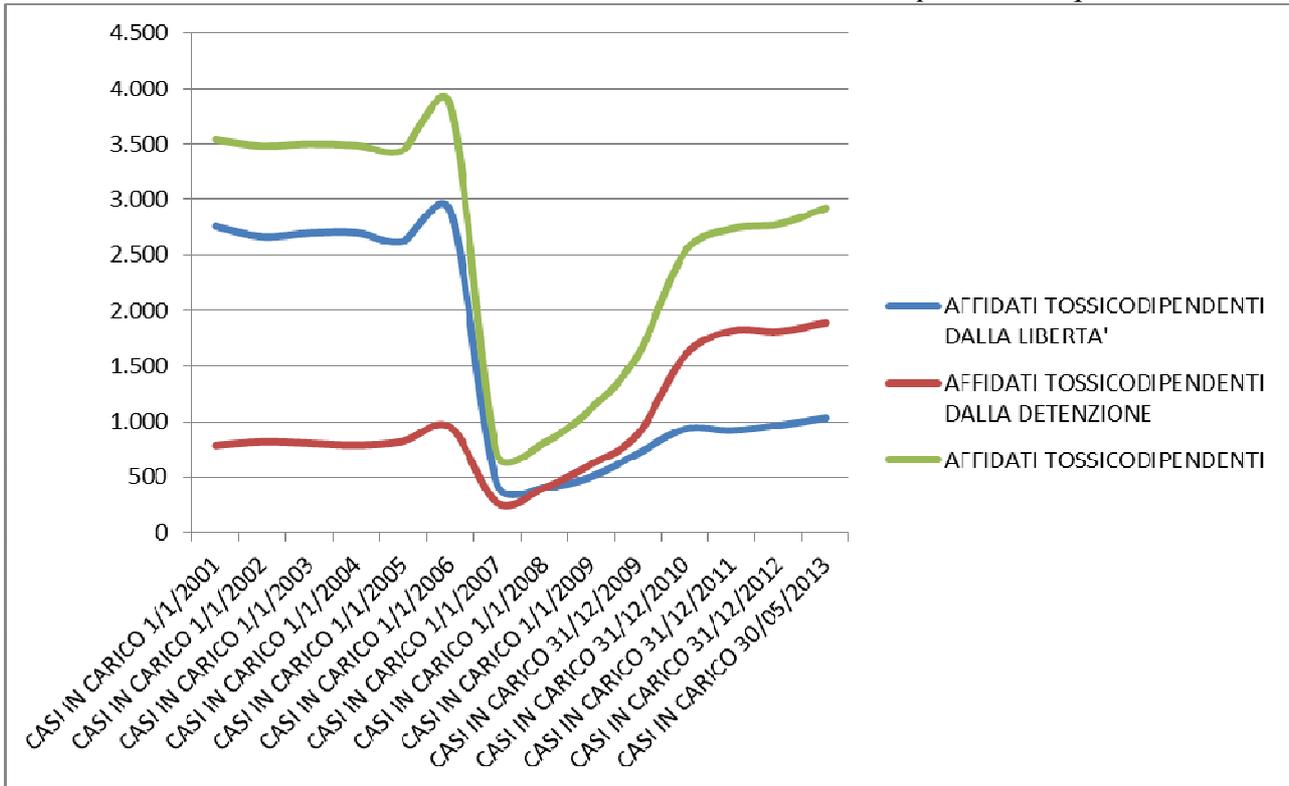
Questioni e domande:

- Quanto il cambio di paradigma ha influito sulla cultura degli operatori?
- Quali norme hanno avuto l'impatto più negativo nel calo e nella nuova configurazione dei percorsi?
- Quale può essere l'impatto della recente abolizione del divieto di concessione delle alternative per più di due volte da parte della Corte Costituzionale?

Focus sull'evoluzione delle misure alternative

Un commento merita infine l'andamento degli affidamenti in prova dei condannati tossicodipendenti. Il numero complessivo è decisamente sceso, dai 3.852 dell'inizio del 2006 alle 2.816 di oggi (-26,9%). Questo calo diventa ancora più preoccupante se si considerano separatamente gli affidamenti concessi dalla libertà e quelli concessi dalla detenzione (vedi grafico). Così facendo infatti si scopre anzitutto come, per la prima volta, gli affidamenti terapeutici concessi dal carcere, che sono sempre stati decisamente meno degli Affidamenti dalla

libertà, dall'inizio del 2009 hanno ormai superato questi ultimi.



A maggio 2013, l'insieme degli affidamenti equivaleva al 70% di quelli che erano in corso all'inizio del 2006, prima dell'indulto. Se si guarda al numero dei soli affidamenti terapeutici, questo è fermo al 73% rispetto ad allora. Ma se si leggono i dati separatamente, si scopre che gli affidamenti terapeutici concessi alle persone in detenzione sono cresciuti enormemente, ammontando ormai quasi al doppio di quelli del 2006, mentre quelli concessi dalla libertà sono addirittura fermi al 35,6% rispetto ad allora.

Come abbiamo visto questa tendenza è comune a tutte le misure alternative, ma per gli affidamenti terapeutici il fenomeno è ancora più netto, e le conseguenze ancora più gravi. Se in generale infatti un passaggio breve dal carcere, per fatti di scarsa gravità, magari anche lontani nel tempo, comporta una rottura inutile e dannosa della relazioni sociali, lavorative ed affettive di chi entra in carcere, per le persone tossicodipendenti questo può avere un impatto deleterio anche sui percorsi terapeutici intrapresi, e magari portati a compimento con successo, può rompere equilibri precari, che magari una misura alternativa avrebbe preservato.

Il quadro complessivo dell'andamento delle misure alternative dal 2006 ad oggi mostra dunque come anche per queste sia tornata ad affermarsi la centralità del carcere, dato che per accedervi il passaggio dalla detenzione è sempre più frequente, e le conseguenze sono disastrose.

(da Alessio Scandurra, "Le misure alternative alla detenzione", in Quarto Libro Bianco sulla Fini Giovanardi, giugno 2013 www.fuoriluogo.it)

Focus su un sistema inceppato

Migliaia di detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti ristagnano in carcere quando potrebbero fruire di percorsi alternativi. Le ragioni sono molteplici:

- *la scarsa informazione fra i detenuti (in particolare stranieri)*
- *la parziale assenza di copertura giuridica da parte degli avvocati difensori*
- *l'esiguità temporale di molte condanne che è uguale o addirittura inferiore ai tempi delle procedure burocratiche per ottenere la misura*
- *il debole investimento dei servizi nel predisporre progetti alternativi comunque impegnativi (si privilegia una logica selettiva rispetto ad alcuni "casi" in genere già noti e conosciuti ai servizi stessi*
- *la scarsa dotazione di risorse umane e finanziarie a disposizione per la realizzazione di tali progettualità*
- *la propensione delle ASL al risparmio in questo tipo di settore*
- *l'esiguità della retta di rimborso alle comunità terapeutiche*
- *l'orientamento della Magistratura, e della Magistratura di sorveglianza in particolare, nel privilegiare la misura degli arresti domiciliari in comunità terapeutica, all'interno di una tendenza di drastica diminuzione delle concessioni di ogni opportunità di conversione della pena.*

(da Leopoldo Grosso, Curare la dipendenza nel tempo della pena, *Animazione Sociale*, novembre 2010)

Focus sul carcere "criminogeno"

Il carcere non è solo patogeno, è anche criminogeno. Lo è direttamente, in quanto costruisce identità di adattamento a un'istituzione totale che ha le sue regole scritte, attraverso le quali occorre ubbidire all'autorità ufficiale, e quelle non scritte, attraverso le quali occorre rispettare l'autorità sostanziale, rappresentata dalle gerarchie interne al mondo dei detenuti e da un codice di comportamento che non permette trasgressioni, pena l'isolamento dalla comunità interna. Chi risente di più di questo sistema rigido sono i soggetti fragili, in particolare le persone tossicodipendenti che trovano in questo mondo un'identità che poi fanno fatica a dismettere perché dà loro un'idea di appartenenza, quindi di sicurezza. Sembra paradossale, ma le persone che ripetono più tenacemente atteggiamenti e comportamenti carcerari in comunità, quindi in un contesto fuoriluogo, sono proprio quelle con maggiori problemi di dipendenza e con minor spessore di devianza. Per alcuni aspetti, gli ultimi della classe in carcere, gli emarginati dentro le mura, sono in grado di portare fuori quell'identità molto di più dei detenuti a personalità più strutturata: in altri termini, escono con quell'identità come se fosse la coperta di Linus. Queste persone vanno accompagnate a lasciare questa armatura fragile e disfunzionale, tenendo conto però che spesso vi sono attaccate come una cozza allo scoglio.

(da Cecco Bellosi, Dallo stato sociale allo stato penale. Note su carcere e tossicodipendenza, in *Carcere e droghe in tempi di politiche securitarie*, i dossier di fuoriluogo.it, settembre 2012)

Focus sulla commistione terapia/controllo e le sue contraddizioni interne

Agenzie penali e terapeutiche: concorrenza o connivenza?

Vale la pena di riflettere più a fondo sulla dialettica di competenze fra agenzie penali e terapeutiche. Nel contesto delle alternative alla pena, è quasi scontato che il mandato custodiale prevalga su quello della cura. Ma ciò non spiega del tutto lo sconfinamento giudiziario in ambito terapeutico. Converte nella "invasione di campo" anche il mandato riabilitativo che la

FORUM DROGHE - Associazione No Profit

10

Tel/Fax . +39 055 6587433 - email segreteria@forumdroghe.it - t- formazione@fuoriluogo.it

C.F. 97118590583 - P. IVA 06196441007

Sede Operativa: Via San Salvi, 12 palazzina 31 50135 - Firenze Italia

Sede Legale: c/o CRS Via Nazionale, 75 00184 Roma Italia

www.fuoriluogo.it

Costituzione italiana assegna alla pena. Le terapie alternative sono un ramo delle più generali azioni riabilitative e rieducative che impegnano il personale a formazione psicosociale e pedagogica afferente al Ministero di Giustizia: in precedenza organizzato nel Centro Servizio Sociale Adulti, CSSA, oggi nel Ufficio Esecuzione Penale Esterna, UEPE. Non c'è dunque da stupirsi se spesso sono gli assistenti sociali o gli educatori del UEPE a richiedere i controlli delle urine al posto degli operatori delle dipendenze. Detto a margine: il test delle urine è una forma di controllo personale che in quanto tale ben si presta ad esser fatta propria dalle agenzie penali. Si dirà che i controlli, quanto più sono invasivi, tanto più sono giustificati in nome dello zelo "salvifico". Di nuovo, nessuna meraviglia: il "solidarismo autoritario" è un tratto ideologico che unisce sia il modello tradizionale delle dipendenze che quello "premiario" del riscatto del carcerato.

(da Maria Stagnitta e Grazia Zuffa, Tossicodipendenti in terapia alternativa al carcere: l'inarrestabile ascesa delle comunità terapeutiche, in S. Anastasia, F. Corleone, L. Zevi - a cura di - *Il corpo e lo spazio della pena*, Ediesse, Roma, 2011)

3b) La controversia sulla diagnosi di dipendenza

Per avere accesso alle misure alternative, è necessaria la diagnosi di dipendenza. A differenza di un tempo in cui i tossicodipendenti erano quasi esclusivamente assuntori di eroina, oggi fare la diagnosi è più complesso. La legge del 2006 ha reso più intricata la questione poiché ha spostato il focus della diagnosi dall'aspetto psicosociale a quello prettamente bio-medico (positività al test delle urine o del capello). L'affermarsi del "accertamento obiettivo" ha accentuato il potere del magistrato a scapito degli operatori delle dipendenze. Per di più, il Dipartimento Antidroga ha dettato un procedimento diagnostico più rigido, che restringe di fatto la diagnosi di dipendenza, creando squilibri fra carcere e carcere.

Questioni e domande:

- Quale il senso dello scivolamento "biomedico" della diagnosi? Ha solo la finalità di rafforzare il controllo, o è anche un portato del "farmacocentrismo" nel campo delle dipendenze?
- Quanto la fortuna del "farmacocentrismo" è legata alla sua adattabilità alle politiche securitarie?
- La diagnosi di dipendenza deve tener conto delle particolari condizioni della vita carceraria? Deve tener conto della storia della persona? Quale può essere l'impatto della vita carceraria su uno dei criteri fondamentali della diagnosi di dipendenza, e cioè "la salienza del comportamento di assunzione" (sugli altri comportamenti)?
- Come interpretare l'enfasi sulla diagnosi, che si rifà ad un modello "reattivo" di intervento, quando i modelli di intervento più innovativi ipotizzano al contrario una modalità proattiva di intervento?

Focus sulle incongruenze della standardizzazione diagnostica

Il computo dei tossicodipendenti in carcere, giochi di prestigio diagnostico

Dal 2011 in poi, la rilevazione non è più in carico dell'Amministrazione Penitenziaria ma avviene attraverso le Regioni, tramite i Sert presenti in carcere.

Non si tratta però di una mera questione di riorganizzazione dei flussi informativi, bensì di un cambiamento dei criteri di classificazione dei detenuti tossicodipendenti. Infatti, seguendo le linee di indirizzo del Dipartimento Politiche Antidroga, e successivamente della Regione Toscana, la

FORUM DROGHE - Associazione No Profit

Tel/Fax . +39 055 6587433 - email segreteria@forumdroghe.it - t- formazione@fuoriluogo.it

C.F. 97118590583 - P. IVA 06196441007

Sede Operativa: Via San Salvi, 12 palazzina 31 50135 - Firenze Italia

Sede Legale: c/o CRS Via Nazionale, 75 00184 Roma Italia

www.fuoriluogo.it

classificazione avviene adesso attraverso diagnosi, utilizzando un unico strumento diagnostico (ICD IX): per “uniformare” le procedure –si è detto- ed avere maggiore “omogeneità”.

Per vedere se davvero tale “uniformità diagnostica” abbia portato la sperata omogeneità, abbiamo esaminato i dati degli istituti toscani per il 2012. I risultati sono sorprendenti: si passa dagli istituti in cui quasi tutti gli assuntori sono diagnosticati dipendenti (come Sollicciano, con 192 dipendenti su un totale di 209; e Lucca, con 59 dipendenti su 68); alla casa di reclusione di San Gimignano, dove solo la metà sono dipendenti (70 dipendenti su 135); al carcere di Prato, dove le persone dipendenti sono una minoranza rispetto agli “assuntori senza dipendenza” (98 dipendenti su 243).

Poiché le caratteristiche della popolazione carceraria sono sostanzialmente le stesse negli istituti della stessa regione (così come i modelli di consumo non cambiano certo da città a città della stessa regione), una tale consistente disomogeneità non può che farsi risalire ai differenti criteri diagnostici utilizzati. In altri termini, le linee guida del Dipartimento Antidroga sembrano aver portato maggiore incertezza, mettendo probabilmente in (giusto) imbarazzo gli operatori.

Molte sono le ragioni per criticare le linee guida del Dipartimento. In primo luogo, il restringimento degli strumenti diagnostici risulta ingiustamente invasivo dell’autonomia professionale degli operatori, che peraltro sono titolari della certificazione della dipendenza, di cui rispondono anche penalmente. Per di più, specie per soggetti che vivono in condizioni anomale di costrizione, la diagnosi è più complessa perché a maggior ragione va tenuta presente la storia della persona.

Tuttavia, l’obiezione principale alla nuova suddivisione fra “dipendenti” e “assuntori senza dipendenza” è un’altra (e forse è anche quella che più mette in difficoltà l’operatore): un conto è promuovere un affinamento della diagnostica per fini esclusivamente sanitari e terapeutici; questione diversa è l’indicazione di procedure finalizzate alla classificazione dei detenuti, con ripercussioni sul piano giudiziario: ossia con la possibile conseguenza di restringere l’accesso alle misure alternative ai soli assuntori classificati “dipendenti”.

Se l’iniziativa del Dipartimento Antidroga avesse solo finalità d’ordine sanitario, sarebbe oltretutto incongrua, perché l’affinamento diagnostico-terapeutico non abbisogna della standardizzazione delle procedure. Anzi: meglio sarebbe mettere in campo una pluralità di strumenti, assecondando l’autonomia professionale degli operatori e la loro capacità di “individualizzazione” dei percorsi terapeutici.

Si tratta allora della seconda ipotesi: ottenere una diversa classificazione dei detenuti tossicodipendenti per incidere sulle politiche giudiziarie e carcerarie. In altre parole, dietro lo schermo della “scientificità” e del “rigore diagnostico”, emerge il vero obiettivo politico: celare per quanto possibile il fallimento di quello che era stato propagandato come il punto forte della legge del 2006: ottenere la diminuzione dei tossicodipendenti in carcere, tramite le norme che ampliano i termini temporali di pena per l’accesso alle alternative terapeutiche.

(dal “Quarto Libro Bianco sulla legge Fini Giovanardi”, giugno 2013, pp.10-11, www.fuoriluogo.it)

Focus sulle buone pratiche

Aprire tavoli di confronto fra operatori delle dipendenze e la Magistratura di Sorveglianza per ottenere l’accettazione di una diagnosi, basata su un’analisi di tipo psicologico e su una valutazione anamnestica. A Milano è stato raggiunto un accordo fra Sert e magistratura, in modo che siano riconosciuti due tipi di diagnosi: un modello A, che riguarda la tossicodipendenza diagnosticata al momento dell’ingresso in carcere, e un modello B, che tiene conto della storia

della persona (esiti di percorsi terapeutici precedenti, analisi delle circostanze ambientali e degli eventi di vita che hanno portato in passato a cambiamenti in positivo etc.)

3c) Affidamento terapeutico/affidamento ordinario

E' opportuno approfondire il dibattito circa le possibilità offerte dall'affidamento ordinario per le persone dipendenti. In genere, questa possibilità è presa in considerazione o per le persone dipendenti che abbiano portato a termine con successo un trattamento alternativo al carcere (ma non abbiano ancora terminato la pena), oppure per quelle che usano droghe ma non rientrano nella diagnosi di dipendenza.

Questioni e domande:

- L'affidamento ordinario è da vedersi solo in chiave integrativa rispetto all'affidamento terapeutico, oppure ha caratteristiche che lo rendono di per sé più adatto e "moderno" rispetto ai più attuali modelli di interpretazione dell'uso/dipendenza da droga?
- In genere il successo dell'affidamento ordinario è misurato sull'astensione dal compiere ulteriori reati mentre il successo dell'affidamento terapeutico è misurato sull'astensione dal consumo di droga: come valutare questo fatto?

Focus sulle buone pratiche

Il protocollo del 2010 fra la Regione Emilia-Romagna e il Tribunale di sorveglianza di Bologna in merito all'esecuzione penale nei confronti di tossicodipendenti prevede una parte sulle "Prescrizioni terapeutiche in altre misure alternative e nelle misure di sicurezza non detentive". In essa si legge: "Considerati i limiti rigorosi di concedibilità dell'affidamento terapeutico e le diverse tipologie di problemi legati al consumo di stupefacenti, può essere ravvisata dalla Magistratura di sorveglianza, in base alle proprie fonti istruttorie, l'opportunità di concedere altre misure alternative o di disporre di misure di sicurezza ..inserendo nelle relative ordinanze prescrizioni che prevedano il contatto col Sert per accertamento ed eventuale monitoraggio/cura/sostegno rispetto all'uso di sostanze o abuso di alcol." In caso che la frequenza al Sert sia prescritta dal giudice, si noti la specifica che cerca di aprire agli obiettivi di riduzione del danno: "La presa in carico può..avere intenti di prevenzione secondaria".

3d) Immigrati, il pianeta negletto

Difficoltà da parte dei detenuti stranieri sprovvisti di regolare permesso di soggiorno, anche se diagnosticati tossicodipendenti, ad accedere alle misure di affidamento terapeutico/ordinario previsti per i detenuti italiani.

Questioni e domande:

Si segnala l'assenza di una quantificazione dei detenuti stranieri muniti di tesserino STP (con diagnosi di tossicodipendenza e non), dato utile alla comprensione della dimensione dei bisogni e alla pianificazione degli interventi anche in termini di budget.

Posto che la tossicodipendenza negli stranieri sembra spesso essere caratterizzata da fattori contestuali legati al fallimento del progetto migratorio che porta la persona a vivere in condizione di forte indigenza. Lo sconvolgimento emotivo e ambientale provocato dalla radicale differenza culturale, dalla mancanza di affetti, dalle condizioni, spesso precarie, del nuovo contesto di vita spinge, a volte, le persone straniere ad adottare comportamenti a rischio: furti, traffici illegali

alternati ad attività lecite ma precarie, spaccio che spesso conduce all'uso poi all'abuso di sostanze stupefacenti e alcol, comportamenti che finiscono per coinvolgere queste persone nel circuito della micro criminalità con frequenti episodi di carcerazione. Ed è proprio l'esperienza carceraria e quindi il contatto con la "giustizia" che, spesso, fa emergere la condizione di consumo/tossicodipendenza. Anziché programmi terapeutici, spesso per altro tarati su un'utenza indigena, potrebbero essere pensati affidamenti ordinari di tipo sociale ?

Focus sull'innovazione

Attività di formazione con un approccio etnografico finalizzata a

- *superare i problemi legati alle differenze linguistiche e culturali e creare specifiche modalità operative, capaci di utilizzare le risorse presenti nelle varie culture di appartenenza;*
- *rivisitare gli strumenti utilizzati dagli operatori spesso connotati dalla loro cultura di appartenenza, che fornisce modelli diagnostici, teorie interpretative e tecniche terapeutiche che perlopiù risultano inadeguate all'utenza proveniente da diversi contesti socioculturali*

Focus sulle buone pratiche

Azioni di advocacy finalizzate a garantire l'accesso alle cure per le persone straniere non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno così come previsto dalla Circolare del Ministero della Sanità 24 marzo 2000, n.5 (G.U. n. 126 del 1 giugno 2000) attraverso il rilascio del tesserino S.T.P. (Straniero Temporaneamente Presente) e alla costruzione di una proposta di legge al Parlamento che sciogla il nodo della regolarizzazione degli stranieri sottoposti a provvedimenti limitativi della libertà personale e del loro accesso a percorsi alternativi al carcere, così come quello della tutela sanitaria dei titolari di STP-

Aprire tavoli di confronto con Enti Locali, le ASL, le Prefetture, Tribunali di Sorveglianza, Questure, organizzazioni del terzo settore, Agenzie Formative, Associazioni di Categoria finalizzati alla stipula di Accordi/Protocolli e all'avvio di progetti/percorsi alternativi al carcere rivolti a persone straniere

Coinvolgere le comunità etniche nella creazione di nuovi punti rete informali, che siano in grado di offrire riferimenti relazionali e culturali rispetto alla propria appartenenza etnica;

Valorizzare la famiglia e delle reti della persona straniera come fattore protettivo, facilitando il ricongiungimento del nucleo familiare e sostenendone l'integrazione nel nuovo ambiente.

4) Terapie alternative, verso un modello innovativo

TemI chiave di riflessione:

4a) Nuovi modelli di consumo, nuovi modi di leggere i consumi

E' ormai senso comune che i trend dei consumi si siano modificati, sia per l'articolazione delle sostanze; sia perché sono divenuti socialmente visibili *una pluralità di modelli di consumo*, non tutti riconducibili alla dipendenza. Insieme alla visibilità di nuovi modelli di consumi, emergono anche nuovi modelli di interpretazione dei consumi stessi, ispirati al *social learning*, che puntano sulle componenti di contesto (setting) quali fattori di "controllo" sul consumo (e non solo sulla

chimica delle droghe e sulle caratteristiche individuali, come avviene nei paradigmi tradizionali). Ciò ha avviato una riflessione sui modelli operativi dei servizi, che non può non incidere sui programmi di misure alternative al carcere.

Questioni e domande:

- i modelli operativi più innovativi (in specie il modello di “autoregolazione” ispirato al *social learning*) si collocano nell’area della riduzione del danno, ipotizzando un’idea più complessa e flessibile di cambiamento, con una pluralità di obiettivi, sia nell’area “droga” che in altre aree di vita. Come questa flessibilità e dinamicità si concilia con la rigidità dei programmi alternativi al carcere, finalizzati al solo obiettivo dell’astinenza?
- I modelli operativi più innovativi nel campo delle droghe si allineano all’innovazione in altri settori di intervento socio-sanitario: vedi ad esempio i programmi di self management, che fanno leva sul potenziamento della soggettività degli utenti e sulle loro capacità di gestione di sé e delle proprie problematiche. Come questo taglio di empowerment si concilia col carattere di “coercizione” di prescrizioni alternative al carcere?
- Quanto la nuova classificazione consumatori/dipendenti tiene conto degli esiti della ricerca nei setting naturali, che mostrano non tanto una cesura nella tipologia degli assuntori (o consumatore/o dipendente), quanto un continuum nei modelli di consumo e nella capacità di controllo delle persone, in gran parte in relazione a variabili ambientali e ad eventi di vita? Quanto questo attardarsi su vecchi modelli “dicotomici” (o sei consumatore o sei dipendente) rischia di tradursi in ingiustizia e discriminazione quando si tratta di calarlo nel sistema penale e nelle procedure diagnostiche?
- Come la valorizzazione dei fattori ambientali (in particolare il sostegno alla “struttura di vita” della persona) si concilia col modello ispiratore delle terapie alternative (risolvere il problema droga per risolvere il problema crimine)?
- Ipotizzare un continuum nei consumi significa valorizzare altri obiettivi degli interventi, oltre l’astinenza. Se e come è possibile calare il ventaglio degli obiettivi nelle pratiche delle terapie alternative al carcere? E’ possibile ipotizzare un accordo fra Magistratura, operatori della giustizia, operatori sociali e delle dipendenze, non solo sulle procedure per snellire l’accesso ai programmi ma anche sui modelli che stanno a monte dei programmi stessi?

Focus sull’innovazione

Droghe, Individuo e Ambiente (DRUG, SET & SETTING). Focus sui fattori ambientali

L’effetto delle sostanze psicoattive nell’uomo sono il risultato di una complessa interazione tra la Sostanza, il Set e il Setting, dove con Sostanza intendiamo le proprietà psicofarmacologiche della sostanza stessa, con Set ci riferiamo ai fattori individuali di personalità, mentre con Setting l’ambiente in cui avviene il consumo. Nel modello medico attualmente dominante, l’ambiente è un fattore spesso dimenticato, nonostante, al contrario, le ricerche qualitative ed etnografiche sottolineino lo specifico ruolo che questo rivesta nell’influenzare i modelli di consumo controllato/incontrollato. In particolare, l’ambiente implica una vasta gamma di azioni di controllo sociale adottate dalla stragrande maggioranza dei consumatori controllati di sostanze; le azioni di controllo sociale, interagendo con la disponibilità della sostanza e la "strutture di vita", sono le principali variabili che influenzano i meccanismi individuali di autoregolazione; tuttavia l’ambiente comprende, d’altro canto, anche il contesto politico e giuridico del divieto di uso di sostanze, il quale limita/azzerà l’empowerment del consumatore, nonché il diffondersi della cultura

FORUM DROGHE - Associazione No Profit

15

Tel/Fax . +39 055 6587433 - email segreteria@forumdroghe.it - t- formazione@fuoriluogo.it

C.F. 97118590583 – P. IVA 06196441007

Sede Operativa: Via San Salvi, 12 palazzina 31 50135 - Firenze Italia

Sede Legale: c/o CRS Via Nazionale, 75 00184 Roma Italia

www.fuoriluogo.it

e delle strategie per un consumo sicuro/controllato. Da un punto di vista ambientale, i rischi associati all'uso di droga sono visti nel quadro di un diverso contesto, dove l'attenzione si sposta dagli individui alle situazioni sociali: è pertanto un punto cruciale inserire il setting nel riprogettare modelli operativi finalizzati all'uso controllato e l'auto regolazione.

(Jean Paul Grund et al., Oltre il modello "malattia", nuove prospettive nella riduzione del danno: verso un modello di autoregolazione e autocontrollo, progetto europeo NADPI, dicembre 2013, www.fuoriluogo.it)

4b) Nuovi programmi alternativi al carcere

L'esigenza dell'innovazione nel campo delle alternative terapeutiche al carcere procede da un insieme di ragioni, che si sono venute articolando nel corso della presente ricerca-azione. Esse attengono sia al versante giudiziario-carcerario (accentuata centralità del carcere, preponderanza della finalità di controllo sulla finalità terapeutica, etc.), sia al versante terapeutico stesso, poiché il tradizionale modello "malattia", che fin dall'inizio ha supportato l'idea stessa della "cura al posto della punizione", mostra i suoi limiti. L'innovazione trova i suoi punti forza in: 1) ampliamento del target (non solo i detenuti che rientrano nella diagnosi di dipendenza); 2) ampliamento degli obiettivi (un ventaglio di obiettivi, non limitandosi alla sola astinenza); 3) l'attenzione ai fattori di supporto sociale. Come si vede, tutti questi elementi sono perfettamente in linea coi nuovi modelli operativi di cui sopra (punto 3 a).

Questioni e domande:

- Le comunità terapeutiche soffrono di una "centralità" (scomoda) nelle alternative al carcere, poiché sono spesso privilegiate per finalità di controllo invece che di cura. Ciò finisce per costituire un elemento di crisi del sistema e del funzionamento delle comunità stesse⁶. E' possibile passare dalla crisi all'innovazione, facendo leva sull'approccio psicosociale delle comunità (contro l'obsoleto farmacocentrismo del modello biomedico)?
- La crisi di identità degli operatori di comunità (vedi Report, p.7) può essere anch'essa risolta guardando a nuovi modelli operativi? Ad esempio, il timore di essere declassati da compiti terapeutici a compiti "assistenziali" si ridimensiona quando si assuma un modello operativo dove il supporto e l'integrazione sociale diventino parte integrante e fondamentale della terapia.
- Con l'adozione di un modello di intervento che valorizza il contesto di vita delle persone (la cosiddetta "struttura di vita"), si può trovare una nuova forma di integrazione fra affidamento ordinario e affidamento terapeutico, nei modelli operativi (oltre che nella tipologia dei soggetti dipendenti che possono passare dall'uno all'altro).

Focus sulle buone pratiche

E' da guardare con molto interesse il Protocollo tematico sottoscritto dalla Regione Toscana, il Ministero della Giustizia, il Tribunale di Sorveglianza di Firenze e l'Anci Toscana, attraverso il quale – nell'ottica di un rafforzamento della collaborazione tra i diversi soggetti territoriali – si individuano azioni a tutela della salute dei detenuti e per il potenziamento delle iniziative trattamentali ed a supporto delle persone in esecuzione penale.

Il Protocollo, firmato il 17 dicembre 2013, all'articolo 2 individua "Misure finalizzate al recupero ed al reinserimento di detenuti con problemi legati alla tossicodipendenza", prevedendo che: "...la

⁶ Vedi All. C, Panel degli operatori, p.10-11

Regione Toscana si impegna ad individuare, in accordo con gli Enti Locali territorialmente coinvolti, comunità residenziali, anche a sfondo terapeutico, idonee ad ospitare, in misura alternativa per arresti domiciliari e/o affidamento in prova ai servizi sociali, fino ad un massimo di 300 detenuti per problematiche legate alla dipendenza da sostanze psicotrope e stupefacenti attualmente ristretti negli istituti penitenziari di Pisa, Prato, Firenze, Lucca, Pistoia e Livorno indipendentemente dalla loro residenza anagrafica garantendo altresì la copertura dei relativi oneri finanziari”. D'altra parte, “ Il Ministero della Giustizia, per il tramite del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e della sua articolazione regionale (PRAP), si impegna ad individuare i detenuti, attualmente ristretti presso i citati istituti, potenzialmente idonei ad essere avviati alle comunità residenziali in oggetto nonché a potenziare, anche con il contributo della Cassa delle Ammende e tramite progetti condivisi con la Regione Toscana e con gli Enti Locali territoriali, percorsi di avviamento verso il reinserimento ed il recupero sociale e lavorativo dei soggetti individuati”.

Il Protocollo si pone dunque un obiettivo molto ambizioso, quello cioè di liberare dal carcere un numero consistente di detenuti con problematiche di dipendenza e, più genericamente, appartenenti all'area della cosiddetta detenzione sociale. Come previsto, il processo di risocializzazione di queste persone avverrà mediante l'attivazione di comunità di accoglienza e di vita e solo in parte, quindi, attraverso il ricorso a comunità terapeutiche. Ciò consentirà altresì di ricorrere a forme alternative alla detenzione, quali la detenzione domiciliare e l'affidamento in prova ai servizi sociali ordinario, riducendo molto anche il ricorso all'affidamento in prova terapeutico.

-